FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN

ANNÉE 1970

THÈSE

Nº 17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

DE LA MAUVAISE REPUTATION DES DEGAGEMENTS EN OCCIPITO-SACREE A PROPOS DE 76 OBSERVATIONS

par

Michel BOIZARD

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né le 23 mai 1942 à Saint-Brieuc (22)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 18 MARS 1970

PRESIDENT : M. le Professeur BONNET

Imprimée à Caen par A.C.E.M.C. Polycopie

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Par délibération en date du 29 mars I969, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de CAEN

DIRECTEUR HONORAIRE ..... : M MORICE

PROFESSEUR HONORAIRE ..... : M VIGOT

DOYEN ..... : J. PORIN

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM	BONNET	Clinique obstétricale
	GUIBE	Clinique chirurgicale
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicales
	LEMAIRE	Physiologie
	LEMENAGER	Pathologie générale et expérimentale
	LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
	OLIVIER	Clinique médicale
	POULAIN	Médecine opératoire
	ROUSSELOT	Anatomie pathologique
	SAVINI	Pharmacologie
	VILLEY	Clinique médicale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM	BRION	Neurologie et psychiatrie
	CAEN	Hématologie, sérologie, immunologie
	CATTAN	Médecine générale et thérapeutique
	DAVERNE	Electro-radiologie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542701_0005

MAITRES DE CONFENCES AGREGES (suite) :

MM.	DESCHAMPS	Dermatologie
	FABRE	Physiologie
	FERNANDEZ	Physique
	FOUCAULT	Médecine générale et médecine expérimentale
	GUIHARD	Médecine générale
	IZARD	Histologie
	MOREL	Bactériologie, parasitologie, virologie
	MORIN	Neurologie et psychiatrie
	PIN	Biochimie
	PHELINE	Anatomie
	POILPRE	Neurologie et psychiatrie
	THERET	Histologie
	VALLA	Médecine générale et therapeutique
	VENEZIA	Pédiatrie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes Chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A MON GRAND-PERE

A MON PERE ET A MA MERE

Qu'ils trouvent dans ce travail un témoignage de ma profonde affection et un remercîment pour tout ce que je leur dois.

A MA FEMME

Avec tout mon amour

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur P. BONNET
Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et d'accepter la présidence de notre jury de Thèse.
Au cours de l'année passée dans son service nous avons pu apprécier sa haute valeur humaine et sa grande compétence.
Qu'il trouve ici l'assurance de notre sincère admiration et l'expression de notre profond respect.

Aux membres de notre jury

Monsieur le PROFESSEUR Jean L'HIRONDEL

Nous le remercions de participer à notre jury de Thèse. Externe dans son service, nous avons pu apprécier ses qualités humaines et avons été séduit par l'étendue de sa culture médicale.

Puisse-t-il croire en notre reconnaissance et à notre attachement.

Monsieur le PROFESSEUR AGREGE GUIHARD

Externe dans son service, nous avons bénéficié d'un enseignement et d'une expérience que nous avons particulièrement appréciés.

Nous sommes heureux qu'il nous fasse l'honneur de nous juger, et le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

Monsieur le PROFESSEUR AGREGE VENEZIA

Nous n'oublierons pas l'amabilité de son accueil lorsque nous lui avons demandé de nous faire l'honneur de nous juger. Sa rigueur, son autorité, la précision de sa pensée, la valeur de son enseignement sont pour tous un exemple.

Qu'il trouve ici un témoignage de gratitude et de notre admiration.

A nos Maîtres d'Externat

A tous nos Professeurs

Je dédie ce travail....

DE LA MAUVAISE REPUTATION DES DEGAGEMENTS EN OCCIPITO-SACREE

A propos de 76 observations

INTRODUCTION

Les occipito-sacrées ont eu, et continuent à avoir mauvaise réputation, tant du fait de la nécessité du forceps que de la survenue de déchirures. Les anciens accoucheurs, comme Capuron, disaient que le forceps était "toujours indispensable", et Burger affirme qu'il ne faut "pas se laisser aller dans l'aléatoire perspective d'une évolution spontanée". Mais un tel pessimisme n'est pas unanimement partagé, alors que nombre d'accouchements en occipito-sacrée semblent pouvoir se dérouler spontanément. Néanmoins, la complexité du mécanisme de cette présentation fait que les risques de déchirures périnéales sont beaucoup plus grands que dans les occipito-pubiennes, et les déchirures y sont toujours considérées comme plus fréquentes et plus importantes.

Aussi à la lumière de 76 observations consécutives en occipito-sacrée, avons-nous voulu tenter d'établir un bilan, et de préciser le pronostic de ces présentations à "mauvaise réputation".

LA FREQUENCE

La fréquence diffère quelque peu suivant la manière dont on définit l'occipito-sacrée.

A la lecture de la littérature étrangère, l'on est frappé par la différence qui distingue la conception anglo-saxonne de la conception germanique en ce qui concerne les occipito-sacrées.

En effet les Anglo-Saxons considèrent comme occipito-sacrée toute présentation qui, à quel que moment que ce soit, ait été, même transitoirement l'occiput en arrière. On trouve ainsi une statistique avec 16 149 O.S. sur 155 494 accouchements, ce qui représente une fréquence moyenne de 10,4 % ; avec même une extrême pour Calkins : 981 O.S. sur 2 200 accouchements, soit une fréquence de 49 %.

Par contre la conception germanique est beaucoup plus limitative, et considère comme "vraie" occipito-sacrée la présentation avec occiput en arrière à la sortie du bassin.

Et l'on note alors 1 029 O.S. sur une étude de 93 660 accouchements, ce qui correspond à une fréquence moyenne de 1,1 %.

Ainsi H. Kiener et M. Berger ont noté 250 O.S. sur 21 029 accouchements, soit une fréquence de 1,19 %.

Martius cite 105 cas d'O.S. sur 10 000 accouchements, soit une fréquence d'environ 1 %.

Quant aux français, Dubois entend sous le nom d'occipito-sacrée "les présentations du sommet qui, tout

au long de l'accouchement, ou seulement lors de l'engagement, de la progression, ou de l'expulsion, s'orientent l'occiput face au sacrum et la suture sagittale dans l'axe antéro-postérieur du bassin" ; ainsi, il a rencontré 105 cas d'occipito-sacrée sur 3 200 accouchements, soit un pourcentage supérieur à 3 %.

Par contre, Burger, ne considérant comme occipito-sacrée que la présentation qui "se trouve, du début jusqu'à la fin de son évolution, strictement dans l'antéro-postérieur", n'a rencontré que 9 cas d'occipito-sacrée sur 13 800 accouchements, soit une fréquence de 0,07 %.

La définition que nombre d'accoucheurs ont adoptée est : sommet se trouvant en hyperflexion au niveau du détroit inférieur avec suture sagittale nettement dans le diamètre antéro-postérieur, occiput dans la concavité sacrée, et se dégageant l'occiput en arrière. Ainsi, la fréquence est :

- pour Bataillard et Varnier de 2 pour 100 des présentations céphaliques
- pour Vermelin de 1,5 % des présentations céphaliques
- pour Henry-Suchet Jeanine de 2 pour 100 des présentations céphaliques
- pour Rhenter de 2 % des présentations céphaliques

Pour notre part, nous ne considérons ici comme occipito-sacrée que les dégagements de la tête en occipito-sacrée. Notre statistique porte sur 3 630 accouchements, dont 76 dégagements en occipito-sacrée, ce qui représente une fréquence de 2,1 %.

Cette fréquence n'est tout de même pas négligeable. Aussi a-t-on essayé de déterminer si certains facteurs prédisposants n'étaient pas à l'origine de ce mode de dégagement.

L'ETIOLOGIE

Ainsi nous trouvons :

1. La parité :

Le dégagement en occipito-sacrée est plus fréquent chez la multipare que chez la primipare : nous notons 51 multipares (dont une grande multipare) contre 25 primipares, ce qui représente 67 % de multipares et 33 % de primipares (Bataillard et Varnier notaient 76 % de multipares).

Cela semble logique : chez la multipare, en effet, les muscles du périnée profond sont plus ou moins relâchés, et se laissent déprimer à la pression de la tête qui, par rotation en arrière, accommode son grand diamètre à celui de la fente des releveurs.

Cette simple constatation semble donc prouver que le relâchement des parties molles du fait des accouchements antérieurs constitue un facteur prédisposant. Cependant cette statistique n'est pas absolument déterminante, car, bien entendu, il naît plus d'enfants de multipares que de primipares.

2. Le périnée cicatriciel :

Nous notons 9 cas de périnée cicatriciel (soit dans 11,8 % des cas), dont on trouve pour origine huit déchirures et une épisiotomie. Les parturientes sont en moyenne des 3° pares.

3. La variété de présentation postérieure :

Pour Merger, la rotation en occipito-sacrée est plus fréquente dans les OIGP que dans les OIDP.

Rhenter note une fréquence de rotation en arrière

double dans les OIGP.

Pour notre part, nous notons que les OIGP tournent en arrière 3 fois plus que les OIDP.

4. Le poids des enfants :

Il peut être évidemment à l'origine d'une certaine disproportion céphalo-pelvienne. Dans notre étude, la plupart des accouchements se font à terme, et le poids moyen des enfants est tout à fait normal, puisqu'il est de 3 160 g :

. 8 enfants ont un poids supérieur à 4 Kg
. 12 enfants pèsent entre 3,500 Kg et 4 Kg
. 32 enfants pèsent entre 3 Kg et 3,500 Kg
. 15 enfants pèsent entre 2,500 Kg et 3 Kg
. 9 enfants ont un poids inférieur à 2,500 Kg

Il ne semble donc pas que le poids des enfants joue un rôle dans la présentation du sommet avec dégagement en occipito-sacrée.

La petitesse du foetus a été écartée, car l'accouchement en occipito-sacrée est alors dû au fait qu'une véritable accomodation n'est pas nécessaire.

5. La gémellité :

Nous ne la retenons pas, car si elle constitue un facteur classique, il s'agit aussi d'un problème particulier. De toutes façons, nous ne l'avons pas constatée, ni pour un 1° jumeau, ni pour un 2° jumeau.

6. Le bassin :

Lors de nos accouchements en occipito-sacrée, bien que nous ayons toujours recherché systématiquement une anomalie du bassin, nous n'avons pas noté systématiquement

la forme et les dimensions des bassins. Et nos constatations n'ont relevé que 2 cas d'épines sciatiques saillantes.

7. Les antécédents obstétricaux :

On a invoqué également :

. les forceps : 2 cas

. les présentations du siège : 2 cas

Pourtant, il semble que mérite d'être plus particulièrement retenu comme facteur étiologique des occipito-sacrées tout processus qui ait pu altérer la sangle pelvienne et même le périnée superficiel. C'est le cas ici de la multiparité, et a fortiori de la multiparité à laquelle est associée une cicatrice périnéale.

Voici donc établi que l'on rencontre ce mode de dégagement dans environ 2 pour 100 des cas, et plus spécialement chez la multipare. Mais quel est le mécanisme à l'origine d'une aussi fâcheuse réputation pour les occipito-sacrées.

LE MECANISME

Au demeurant fort complexe ; il explique le "mauvais pronostic a priori" du dégagement en occipito-sacrée. Ce mécanisme, quel est-il ?

Lorsque l'occiput est en rapport avec l'extrémité postérieure d'un diamètre oblique, il peut arriver que la tête, au lieu de tourner en occipito-pubienne, tourne en occipito-sacrée. Cette réduction d'une occipito-postérieure en occipito-sacrée était considérée autrefois comme la terminaison constante, normale des positions postérieures du sommet. C'est grâce aux travaux de Noegele que l'on a établi que le sens normal de toutes les rotations les dirigeait en avant. Et normalement les variétés postérieures se dégagent comme les variétés antérieures en occipito-pubienne ; la rotation en arrière aboutissant à l'occipito-sacrée est une exception et une anomalie.

Ainsi donc, dans les occipito-postérieures, après un engagement pénible du fait de la flexion imparfaite, il arrive qu'au lieu de l'habituelle rotation intrapelvienne de 135 ° se produise dans certains cas une rotation en arrière en occipito-sacrée.

La tête est orientée dans le diamètre antéro-postérieur du bassin, et se présente au détroit inférieur très mal fléchie en position indifférente, donc suivant des diamètres antéro-postérieurs considérables, rendant pratiquement impossible la sortie spontanée de la tête, du moins chez la primipare. En effet, elle ne peut se dégager en se fléchissant du fait des bosses frontales qui viennent buter contre les branches ischio-pubiennes. De même, la tête ne peut se dégager en se défléchissant, car l'occiput n'arrive pas à dépasser la

pointe du coccyx, et ceci du fait de la hauteur de la paroi postérieure de l'excavation (20-25 cm) au lieu de la paroi antérieure de l'excavation constituée par la symphyse et qui n'a que 4 cm.

Le dégagement de la tête s'opère en deux temps successifs suivant deux mouvements inverses :

1. Les bosses frontales arrivent à dépasser le bord inférieur de la symphyse ; le front ainsi sert de pivot et provoque une amorce de flexion de la tête.

2. Grâce à cette ébauche de flexion, l'occiput balaie la face antérieure du sacrum, puis le périnée sur 20-25 cm, et arrive enfin à dépasser la pointe du coccyx ; à la fin de ce mouvement, la région sous-occipitale se fixe à la commissure postérieure de la vulve et sert à son tour de pivot pour un temps de déflexion. Grâce à cette déflexion, se dégagent successivement derrière le pubis : le bregma, le front le nez, la bouche, et le menton. Cette déflexion sera constamment extrêmement brutale d'où risque important de déchirure chez la primipare. Et de plus, nous avons vu que la tête qui initialement ne pouvait ni se fléchir ni se défléchir s'était presque emboutie dans le fond de l'excavation provoquant souvent un effondrement du noyau central du périnée.

Dans son ensemble, la tête a décrit un mouvement en S, et le dégagement de l'occipito-sacrée rappelle celui de la présentation du front.

C'est ce mode de dégagement que nous avons presque exclusivement rencontré ; toutefois, il faut noter que dans deux cas, avec une tête très mal fléchie, nous nous sommes trouvés en présence d'une présentation proche du bregma.

Nous voyons bien comment le périnée peut être distendu à un dégré extrême, et comment ce mode de dégagement est une véritable acrobatie. Mais les caractéristiques de l'accouchement en sont-elles pour autant grandement modifiées ?

LES CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

LA DUREE DU TRAVAIL

Du fait de la progression laborieuse de la présentation, la durée du travail est augmentée par rapport aux présentations du sommet avec dégagement en occipito-pubienne.

Pour Rhenter, l'augmentation de la durée du travail porte à la fois et sur la période de dilatation et sur la période d'expulsion ; et la moyenne d'augmentation du travail qu'il a notée est d'environ 3 heures chez la primipare, et d'1 heure chez la multipare.

Ribement-Dessaignes et Lepage notent par rapport aux occipito-pubiennes une augmentation de durée de dilatation de 3 heures chez les primipares, et d'une heure et demie chez les multipares ; la période d'expulsion est augmentée de 40 minutes chez les primipares et de 10 minutes chez les multipares.

Pour Varnier et Bataillard, cette augmentation de durée porte plutôt sur la période de dilatation.

Varnier, sur 35 observations d'occipito-sacrée, constate chez les primipares une durée moyenne de dilatation de 12 h 57 avec une période d'expulsion de 1 h 37 ; chez les multipares, les chiffres respectifs sont de 7 h 30 et de 0 h 29.

Pour Bataillard, la durée totale du travail est augmentée en moyenne de 3 h 15 chez les primipares, de 1 h 50 chez les multipares, alors

que la période d'expulsion ne l'est que de 21 minutes chez les primipares, de 11 minutes chez les multipares.

Dans notre étude :

. Chez les primipares, la durée moyenne de la dilatation est de 14 h 45 avec une durée maximum de 42 heures. La durée moyenne de l'expulsion est de 42 minutes.

. Chez les multipares, la durée moyenne de la dilatation est de 8 h 15 avec un maximum de 25 h. La durée moyenne d'expulsion est de 18 mn.

	Durée totale du travail		Durée de la période de dilatation		Durée de la période d'expulsion	
	Prim.	Mult.	Prim.	Mult.	Prim.	Mult.
O.S.	15 h 27	8 h 33	14 h 45	8 h 15	42 mn	18 mn
O.Pub.	12 h 25	7 h	11 h 45	6 h 45	40 mn	15 mn
Différence au passif de l'OS	3 h 02	1 h 33	3 h	1 h 30	2 mn	3 mn

D'après les statistiques de la maternité, la durée du travail est plus importante que dans les variétés en occipito-pubienne. En moyenne, cette différence, au profit des occipito-pubiennes, est de 3 heures pour les primipares, et de 1 h 30 pour les multipares, comme nous pouvons nous en rendre compte sur le tableau ci-dessus.

Cette augmentation de la durée du travail porte presque exclusivement sur la période de dilatation ; ceci tend à prouver que c'est le degré plus ou moins marqué de non-flexion de la tête constatée pendant la période de dilatation qui prolonge l'accouchement.

La durée d'expulsion n'est pour ainsi dire pas augmentée ; néanmoins cette période doit retenir toute notre attention. En effet, après une période de dilatation longue et pénible, le dégagement peut se produire subitement de façon brutale, et l'on aura à redouter les déchirures périnéales ; ou bien, la présentation peut s'arrêter de progresser, et l'on aura à poser un forceps. Qu'en est-il exactement des complications et des interventions lors de cette période ?

LES DECHIRURES DU PERINEE

Nous n'avons retenu dans ce chapitre que les déchirures périnéales "vraies", à l'exclusion des petites éraillures de la fourchette vulvaire (dont nous avons d'ailleurs relevé 8 cas). En effet, comme le fait remarquer Merger, ces éraillures sont fréquentes chez les primipares, et partant, leur signification n'est pas nécessairement pathologique, ni leur pronostic ultérieur fâcheux.

Classiquement, les positions de dégagement en occipito-sacrée représentent une des causes majeures de déchirures périnéales, et même de périnées complets. De prime abord, cela semble fondé. En effet, lors du dégagement en occipito-sacrée, l'occiput attaque le périnée trop en arrière, la plus grosse partie foetale se trouve en arrière, la tête est incomplètement fléchie offrant ainsi des diamètres plus grands que normalement ; enfin lorsque l'occiput franchit l'anneau vulvaire, le dégagement se produit souvent avec une extrême brusquerie.

En fait, ces notions en apparence très logiques sont fortement controversées actuellement. En particulier, Ingraham, Gardner et Heuss, ainsi que Musset, Cottwel et Dubost n'accordent plus d'importance au rôle étiologique des variétés de positions dans les déchirures périnéales, mais gardent leurs importances aux rôles de la primiparité, de l'anomalie périnéale, de la prolongation du travail au-delà de la 24° heure (créatrice d'oedèmes périnéaux), des facteurs opératoires ; pour eux, toutes les interventions obstétricales prédisposent aux déchirures du périnée, la plus dangereuse à ce point de vue étant l'application

du forceps. Il est de fait que l'application du forceps est particulièrement traumatisante, car elle réalise une distension du périnée trop rapide et trop précose alors même que les branches du forceps peuvent léser directement les tissus.

Par l'étude de nos cas de déchirures, sommes-nous en mesure d'infirmer ou de confirmer l'une quelconque de cas notions ?

Nous notons 7 déchirures du périnée, dont 1 déchirure complète du périnée, sur les 76 cas d'accouchements en occipito-sacrée, soit dans 9,2 % des cas. Mais les dégagements en occipito-sacrée en sont-ils pour autant responsables ?

. Dans 1 cas, on peut noter un antécédent de déchirure ; dans un autre cas, il s'agit d'un accouchement d'un gros enfant de 4 900 g, avec un antécédent de déchirure.

· Dans 3 cas, il s'agit d'accouchements spontanés d'enfants de poids normal, sans antécédents obstétricaux notables, où nous ne trouvons d'autres causes plausibles que l'occipito-sacrée

. Dans les 2 derniers cas, l'application de forceps chez des primipares peut a priori être tenue directement pour responsable, mais en fait on peut attribuer la nécessité du forceps à l'occipito-sacrée avec une lenteur de dilatation suivie de l'arrêt de progression de la tête, et ainsi considérer l'occipito-sacrée comme indirectement responsable.

De ces 7 observations, il ressort que, lorsqu'il y a

déchirure périnéale lors d'un dégagement en occipito-sacrée, ce mode de dégagement semble avoir un rôle étiologique prépondérant dans ces déchirures.

Mais, si l'on considère la fréquence de survenue des déchirures lors de ces 76 dégagements en occipito-sacrée, cette fréquence de 9,2 % est à peine supérieure à la fréquence des déchirures habituellement rencontrée à la maternité dans les accouchements en occipito-pubienne, bien que, théoriquement, ce mode d'accouchement-là réunisse les conditions les plus propices aux déchirures.

Et cependant, en présence de tout dégagement en occipito-sacrée, même lorsqu'il n'y avait aucune déchirure périnéale apparente, nous nous sommes attachés à rechercher s'il n'existait pas une déchirure profonde inapparente.

Ainsi, quant à la fréquence des déchirures, la mauvaise réputation de l'occipito-sacrée semble quelque peu surfaite ; mais en est-il de même en ce qui concerne la gravité ?

Sur les 7 déchirures, nous avons du regretter une déchirure complète du périnée dont il est intéressant d'étudier l'observation :

. Mme F. 19 ans Primipare - Primigeste

. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents.

. La grossesse s'est déroulée normalement.Lors de la consultation du 8è mois, l'examen avait montré une hauteur utérine de 31 cm, une présentation céphalique, un segment inférieur non constitué, des épines sciatiques légèrement

saillantes surtout à gauche.

. A l'entrée :

+ terme présumé dépassé de 8 jours
+ l'examen général est entièrement négatif
+ l'examen obstétrical montre une hauteur utérine de 33 cm, une présentation céphalique, des épines sciatiques saillantes ; le col est perméable, les membranes sont intactes, les contractions utérines sont très rares.

. L'accouchement :

+ Le travail débute véritablement le 14 mars vers 22 h par des contractions irrégulières. Le lendemain à 7 h 30 la tête est haute et semble se trouver en OIGP, le col est à grande paume ; à ce moment, rupture artificielle des membranes (le liquide est clair).

+ A 9 h 45, la dilatation est encore à grande paume : on décide la pose d'une perfusion de 500 cc de glucosé avec 5 Unités de Syntocinon + Buscopan.

+ A 11 h, la dilatation était à complète, mais à 12 h 50 devant la non-progression, on décide la pose d'un forceps en OIGP / OS, et malgré une épisiotomie présentive, le dégagement s'accompagne d'une déchirure complète du périnée.

+ L'enfant crie presque aussitôt, présente un test d'Apgar de 9, et pèse 3 540 g.

. Nous étions donc en présence d'un accouchement présumé passé terme, avec pose de forceps sur occipito-sacrée chez une primipare avec épines sciatiques saillantes ; malgré l'épisiotomie préventive, il s'agissait là d'une association majeure de facteurs où les risques de déchirures sont toujours beaucoup plus grands ; et il est difficile d'établir exactement la part étiologique de l'occipito-sacrée dans cette déchirure complète. Toutefois, la participation de l'occipito-sacrée ne peut être niée ; elle peut être dans une certaine mesure justifier la sombre réputation des occipito-sacrées.

En effet, alors que bon an mal an nous déplorons en moyenne 1 déchirure complète du périnée sur 400 accouchements, ici nous avons constaté avec regret 1 déchirure complète sur 76 accouchements.

Nous retrouvons là le reproche essentiel que l'on fait habituellement aux dégagements en occipito-sacrée. Mais l'on reproche aussi la fréquence accrue de la nécessité des interventions obstétricales, en particulier la pose du forceps.

LE FORCEPS EN OCCIPITO-SACREE

FREQUENCE

Holzapfel déclare catégoriquement que tous ceux qui prétendent avoir vu des évolutions spontanées d'accouchements en occipito-sacrée ont commis des erreurs d'observation.

Il est en cela rejoint par Burger qui estime l'évolution spontanée des occipito-sacrées comme impossible.

Mais cela ne semble pas faire l'unanimité des accoucheurs :

. Martius indique 43,70 % d'évolution spontanée pour l'occipito-sacrée

. Bataillard et Varnier ont observé une fréquence de forceps d'environ 10 %, au lieu de 3,6 % dans les occipito-pubiennes

. Rhenter donne une fréquence de 15-20 % de forceps dans les occipito-sacrées, contre 4 % dans les occipito-pubiennes.

Dans notre étude, l'application de forceps est indiquée dans 8 cas, soit dans 10,5 % des cas, alors que la moyenne pour l'ensemble des accouchements à la maternité de Caen est d'environ 1 %. Et sur ces 8 cas, il y a eu 2 applications de forceps chez des multipares.

Donc, d'après nos observations, la nécessité d'une application de forceps apparait, de façon manifeste, plus fréquente que dans les occipito-pubiennes.

CONDITIONS D'APPLICATION

Le plus souvent (7 fois) on intervient pour arrêt de la progression de la tête foetale, en règle après lenteur de la dilatation puis perfusion de Syntocinon.

Mais dans 2 cas, il s'y associait une souffrance foetale avec assourdissement, ralentissement des bruits du coeur, et liquide amniotique teinté.

Dans 2 autres cas, il s'y associait une fatigue maternelle.

Enfin on note un cas de forceps du fait de la résistance des parties molles.

A la suite de ces forceps, les enfants sont nés :

- dans 6 cas, vigoureux, avec un test d'Apgar de 9 ou 10.
- dans 1 cas, test d'Apgar de 7
- dans un autre cas, test d'Apgar de 4.

Dans les 8 cas, l'application de forceps a été faite la tête en position directe avec prise en occipito-sacrée. L'extraction s'est déroulée en trois temps, d'une manière rappelant le dégagement spontané en S de la tête se présentant en occipito-sacrée :

- d"abord traction directement en avant tentant d'amener le front jusqu'à la racine du nez sous la symphyse
- puis relèvement des manches du forceps, avec apparition successive à la commissure et dégagement du bregma, de la fontanelle postérieure et de l'occiput

. enfin, autour de la commissure comme charnière sur laquelle s'appuie le sous-occiput, par un abaissement des manches du forceps, on dégage la face de dessous la symphyse.

Mais cette attitude d'extraction en occipito-sacrée n'est pas toujours suivie d'emblée par l'ensemble des accoucheurs.

. Martius rejoint Scanzoni, et, lorsque la suture sagittale se trouve encore dans un diamètre oblique, il effectue avec le forceps une rotation de la petite fontanelle vers l'avant.

. Par contre Burger s'insurge contre cette "manoeuvre incompréhensible".

. Enfin, pour beaucoup d'accoucheurs; l'extraction en occipito-sacrée n'est que l'aboutissement de l'échec ou de l'impossibilité d'une tentative de manoeuvre rotatoire en avant de 180 ° :

+ Ainsi, Lacomme préconise "toutes les fois que cela peut se faire sans trop de résistance : essayer de tourner l'occipito-sacrée en occipito-pubienne".
+ Merger, lui aussi, lorsque parfois les conditions sont bonnes, tente une rotation de 180 ° en avant.
+ Dubois, quant à lui, tente toujours une rotation en occipito-pubienne, et sur 58 poses de forceps ne note que 3 dégagements en occipito-sacrée.

. Et parfois cette tentative de rotation au forceps n'est elle-même faite qu'après tentative de rotation manuelle.

+ Dubois cite ainsi sur 105 accouchements 8 rotations au doigt en occipito-pubienne suivies de 5 expulsions spontanées et de 3 forceps ou ventouses très faciles.
+ Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de signaler un cas rencontré à la maternité quelque temps après cette étude de 76 observations d'occipito-sacrée :
= Mme D. 21 ans Primipare Primigeste
= entre dans le service le 11 novembre pour début de travail par des contractions
= à 18 h 45 alors que la dilatation est presque à complète, nous notons une présentation presque en occipito-sacrée.
= à 20 h 30, un nouveau toucher montre cette fois une dilatation complète et une présentation bien en O S.
= à 20 h 45, devant la mobilité et la souplesse, en accrochant une suture du bout du doigt, la tête tourne en OP, et à 21 h l'accouchement se déroule spontanément en OIDP / OP.

Voilà qui vient illustrer cette notion de tenter, en particulier au doigt, lorsque les conditions sont favorables, la rotation de l'occiput en avant pour obtenir un dégagement en occipito-pubienne, à meilleure réputation.

. En ce qui concerne nos 76 observations d'occipito-

sacrée présentement étudiées, nous avons fait les 8 dégagements au forceps en laissant à chaque fois la tête en occipito-sacrée. Si certes dans plusieurs cas notre attitude a pu être dictée par des tissus résistants et plaqués sur la présentation, nous avions toujours à l'esprit les dangers pour le vagin et la vessie des grandes rotations ramenant la tête d'occipito-sacrée en occipito-pubienne ; en particulier les fistules par chute d'escarre secondaire.

Ces manoeuvres d'extraction en occipito-sacrée sont d'autant plus dangereuses pour le périnée qu'outre l'application du forceps qui est particulièrement traumatisante s'ajoute ce mode complexe de présentation avec des grands diamètres de la tête. Aussi pratique-t-on le plus souvent une épiosiotomie préventive pour tenter d'éviter une déchirure grave du périnée. Malgré une épisiotomie préventive, nous avons eu une déchirure simple, et, malheureusement, comme nous l'avons dit dans l'observation précédemment citée, nous avons du regretter une déchirure complète. En dépit et en raison de ces deux échecs, nous nous devons de rester vigilants et rigoureux, et de continuer à pratiquer systématiquement en cas de pose de forceps une épisiotomie préventive, tout de même fort utile pour parer aux risques de déchirures.

L'EPISIOTOMIE

Sans être associée à l'application de forceps, l'épisiotomie peut trouver à titre préventif une indication dans les occipito-sacrées, car les diamètres de la tête n'en sont pas moins grands, la distension du périnée extrême, et les risques de déchirures importants. En dehors de l'épisiotomie complément du forceps, nous avons pratiqué 12 épisiotomies (soit dans 15,8 % des cas); il est à noter que quatre d'entre elles ont été pratiquées chez des multipares.

A la suite de ces 12 épisiotomies, aucune déchirure n'a été déplorée ; ainsi le rôle préventif qu'on leur avait attribué a bien été rempli. Et il est permis de se demander si, en posant plus souvent l'indication d'épisiotomie, l'on aurait pu éviter quelques déchirures qu'au total nous avons noté dans 9,2 % des cas. Quoiqu'il en soit, tant par l'existence d'un certain nombre de déchirures que par les risques importants, il conviendrait de systématiser ce geste prophylactique dans l'ensemble des dégagements en occipito-sacrée, ou tout au moins chez les primipares avec O.S. Mais il faudrait penser systématiquement à la possibilité de ce dégagement, le dépister, et en poser le diagnostic réel et précoce.

LE DIAGNOSTIC

Nous voyons donc l'intérêt qu'il y aurait à faire le diagnostic précoce d'occipito-sacrée.

Certes on peut suspecter l'occipito-sacrée devant une dilatation anormalement longue non expliquée, ou devant l'apparition d'oedème du col, ou devant une tête dont le cuir chevelu se plisse sur la calotte. Mais si cela peut être suffisant pour donner l'éveil, cela ne saurait complètement satisfaire pour préciser le diagnostic.

Evidemment certaines manoeuvres de diagnostic présentent un intérêt certain mais beaucoup trop restreint. Ainsi Siems, qui défend l'origine haute des occipito-sacrées, prétend qu'on peut déjà la reconnaitre avant que la tête ne soit entrée dans le bassin par la 3è manoeuvre de Leopold qui permet de palper au-dessus de la symphyse le petit diamètre bi-temporal.

Il vaut mieux pratiquer un toucher vaginal à la recherche des sutures ; mais le plus souvent, du fait de difficultés de la dilatation, une bosse séro-sanguine masque sutures et fontanelles. De toutes façons, sans bosse séro-sanguine, on ne pourrait guère sentir que le triangle postérieur du losange de la grande fontanelle (la moitié antérieure étant masquée sous la symphyse) ; ce qui pourrait faire penser à la petite fontanelle et porter à tort le diagnostic d'occipito-pubienne. Aussi le toucher vaginal devrait-il être particulièrement attentif pour essayer de dépister également le triangle antérieur du losange de la grande fontanelle caché sous

la symphyse.

Mais surtout, il est un signe que l'on devrait systématiquement rechercher, afin de poser un diagnostic réel d'occipito-sacrée, et de pratiquer une épisiotomie préventive. Ce signe, que nous a fait découvrir Mr. le Professeur Bonnet, c'est le Signe des Cheveux. En effet, dans le dégagement en occipito-sacrée, la tête étant en déflexion, c'est le front qui va apparaitre de plus en plus en avant, ce qui se traduit par des cheveux se raréfiant au fur et à mesure de l'accouchement, à la différence du dégagement en occipito-pubienne. Donc, devant une présentation avec de moins en moins de cheveux perceptibles au cours de l'accouchement, on doit penser à l'occipito-sacrée.

LE PRONOSTIC FOETAL

Il convient bien entendu d'étudier également les répercussions sur l'enfant des accouchements avec dégagement en occipito-sacrée.

A priori, il risque de survenir une souffrance foetale plus fréquente et plus importante que dans les dégagements en occipito-pubienne, en fonction :

. et de l'augmentation de durée de l'accouchement qui comme nous l'avons vu porte essentiellement sur la période de dilatation

. et de la fréquence des forceps plus importante dans les dégagements en occipito-sacrée que dans les dégagements en occipito-pubienne.

Dubois, sur 105 accouchements en occipito-sacrée, note 2 morts dont l'une est due à une raison autre que la présentation, et l'autre "précisément au fait que la variété de position n'avait pas été reconnue". D'autre part, 6 enfants ont du être ranimés.

Burger, sur ses 9 cas d'occipito-sacrée, note 1 mort foetale.

Quant à Martius, il cite Jaschke qui indique une mortalité néo-natale de 2 fois et demie à 4 fois plus élevée que dans les occipito-pubiennes.

Pour notre part, sur ces 76 observations consécutives, au point de vue mortalité, nous avons eu à déplorer deux morts d'enfant. Mais l'un d'eux était atteint de spina bifida et est décédé quelques jours après avoir été opéré ; le dégagement en occipito-sacrée ne saurait

donc être ici incriminé. Le 2 è enfant était un prématuré de 7 mois ne pesant que 2 100 g, et dans ce cas la prématurité a très probablement joué un rôle non négligeable.

Quant à la morbidité foetale, est-elle aggravée dans les dégagements en occipito-sacrée ? Les tests d'Apgar que nous faisons systématiquement chez tout enfant nous permettent de répondre :

. en effet pour 74 naissances consécutives d'enfants avec dégagement en occipito-pubienne, voici les résultats du test d'Apgar :

- . test d'Apgar de 10 = 62 cas
- . test d'Apgar de 9 = 8 cas
- . test d'Apgar de 8 = 3 cas
- . test d'Apgar de 5 = 1 cas

soit 1,4 % des tests inférieur à 8

. Et pour nos 74 dégagements en occipito-sacrée, voici les tests d'Apgar que présentent les enfants :

- . test d'Apgar de 10 = 58 cas
- . test d'Apgar de 9 = 7 cas
- . test d'Apgar de 8 = 1 cas
- . test d'Apgar de 7 = 4 cas
- . test d'Apgar de 5 = 2 cas
- . test d'Apgar de 4 = 2 cas

soit 10,8 % des tests inférieurs à 8

Nous voyons donc tout de même que par rapport aux dégagements en occipito-pubienne, nous avons des tests d'Apgar nettement moins favorables, et que du point de vue foetal l'incidence n'est pas négligeable.

En effet, pour 1 cas avec test d'Apgar de 7, pour 2 cas avec test d'Apgar de 5, et pour 1 cas avec test d'Apgar de 4, il n'y a pas de discussion : c'est bien le dégagement en occipito-sacrée qui apparait comme responsable de ces mauvais tests d'Apgar puisqu'il n'y a eu :

. ni manoeuvre instrumentale

. ni d'autres causes possibles de souffrance foetale (syndrome albuminurie-oedèmes-hypertension, diabète, immunisation RH, grossesse prolongée.....)

Quant aux 3 enfants nés avec application de forceps avec test d'Apgar inférieur à 8, quelle est la cause de cette souffrance foetale indiscutable : l'occipito-sacrée elle-même, ou le forceps ?

. Pour 2 cas, l'un avec test d'Apgar de 4, l'autre avec test d'Apgar de 7, le forceps a été appliqué pour ralentissement des bruits du coeur et liquide teinté. Donc la responsabilité de la souffrance foetale semble revenir à la présentation en O.S.

. Par contre, pour 1 cas avec test d'Apgar de 7, alors que le forceps a été appliqué non pas pour modification des bruits du coeur ou liquide teinté, mais pour fatigue maternelle, il est a priori logique de penser que c'est le forceps et non la présentation qui est responsable de cette

souffrance foetale.

D'autre part, nous ne considérons pas le rôle de l'occipito-sacrée pour un test d'Apgar de 7 chez un enfant "mongoloïde" de 2 840 g ; transféré à la pouponnière, on l'a trouvé porteur d'une trisomie 21 avec cardiopathie.

Ainsi donc, du point de vue foetal, immédiatement après l'accouchement, nous voyons bien que l'incidence du dégagement en occipito-sacrée n'est pas négligeable et pourrait inciter à des réserves sur le plan psychomoteur. Toutefois dans les jours qui suivent, tant le comportement des enfants que la normalisation de leur courbe de poids nous permettent d'être moins réservés et de penser qu'ils ne ressentiront aucun préjudice.

CONCLUSION

A la lumière du dépouillement de 76 observations consécutives de dégagement en occipito-sacrée recueillies à la Maternité de Caen de janvier 1967 à Août 1969, nous estimons pouvoir établir les conclusions suivantes ;

Fréquence

Nous avons observé 76 accouchements avec dégagement en occipito-sacrée sur 3 630 accouchements, soit une fréquence de 2,1 %.

Ce mode de dégagement, sans être fréquent, est donc loin d'être exceptionnel.

Facteurs étiologiques

Nous n'avons retrouvé malgré une enquête minutieuse aucun facteur étiologique prédisposant valable hormis :

. la multiparité (67 % des cas), encore que la fréquence apparemment accrue de la multiparité n'est pas entièrement valable étant donné qu'il naît plus d'enfants de multipares que d'enfants de primipares ;

. les périnées cicatriciels (11 % des cas).

Durée de l'accouchement

Les dégagements en occipito-sacrée entrainent un allongement de la durée de l'accouchement qui porte essentiellement d'ailleurs sur la durée de la période de dilatation :

. La durée moyenne de dilatation est, chez les primipares, de 14 h 45, soit une augmentation de durée

de 3 h par rapport au dégagement en occipito-pubienne. Chez les multipares, elle est de 8 h 15 ce qui correspond à une augmentation de durée de 1 h 30.

. La durée moyenne d'expulsion est chez les primipares de 42 mn; et chez les multipares de 18 mn ; ce qui correspond à une augmentation de 2 et 3 mn.

Déchirures

La fréquence des déchirures n'apparait pratiquement pas augmentée puisque nous l'observons dans 9,2 % des cas au lieu de 9,15 %, bien que nous nous soyons systématiquement imposés de rechercher au doigt toute solution de continuité de la paroi vaginale postérieure même lorsqu'il n'y avait pas de déchirure cutanée.

Quant à la gravité, nous n'avons observé qu'un seul cas de déchirure complète du périnée, soit une proportion de 1 sur 76 accouchements en occipito-sacrée au lieu de 1 pour 400 accouchements. Cependant, ce cas unique ne permet pas de conclure de façon absolue.

Forceps

Par contre, la fréquence des forceps nous apparait nettement augmentée puisque nous trouvons un taux de 10,5 % au lieu de 1 %.

Episiotomie

Sur les 12 épisiotomies préventives que nous avons pratiquées, nous n'avons noté aucune déchirure. Aussi, comme dans ce mode de dégagement des risques importants de déchirures existent toujours, une épisiotomie préventive, large et immédiate, semble devoir s'imposer, en particulier chez la primipare.

Diagnostic

En cas de forceps, ce qui nécessite un soin et une

technique rigoureux et oblige de plus à une épisiotomie systématique précoce et large, le diagnostic de dégagement en occipito-sacrée présente un gros intérêt.

Ce diagnostic est, nous l'avons vu, mal aisé, ne fut-ce que du fait de l'importance dt de la fréquence des bosses sero-sanguines.

Il est un signe à notre avis ignoré ; le signe des Cheveux, qui devrait systématiquement faire penser à une occipito-sacrée, et en faire rechercher le signe de certitude par un toucher attentif pour déceler la grande fontanelle en partie masquée sous la symphyse.

Pronostic foetal

Nous avons enfin étudié les repercussions du dégagement en occipito-sacrée sur le pronostic foetal. Il apparait un peu moins favorable que dans les dégagements en occipito-pubienne, si l'on considère en particulier les tests d'Apgar. Néanmoins, tous les enfants (hormis trois : l'enfant atteint de spina bifida, celui porteur d'une trisomie 21 et le prématuré de 7 mois) sont sortis de la Maternité dans un état satisfaisant.

Ainsi donc, la fâcheuse réputation des dégagements en occipito-sacrée nous paraît très surfaite.

B I B L I O G R A P H I E

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT et PUECH
"La pratique de l'art des accouchements"
Lib. Asselin et Honzeau 1907

BROOKE BLAND P.
"Practical Obstetrics"
F.A. Davis Company Philadelphia 1932

BURGER P.
"La présentation du sommet en occipito-sacrée"
Gynec. Obst. juin-juillet 1959

DUBOIS J.
"Le problème des occipito-sacrées"
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. sept-oct 1966

HENRY-SUCHET Jeanine
"La présentation du Sommet"
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Obstétrique 1966

HUCHET B.
"Des déchirures obstétricales récentes complètes compliquées du périnée"
Thèse Paris 1955

INGRAHAM H., GARDNER M. et HEUSS G.
"A report on 159 third degree lacerations"
Am. Obst. Gyn. avril 1949

KIENER H., BERGER M.
"Die hintere hinterhauptslage"
Archiv für Gynäkologie 197 1962

LACOMME M.
"Pratique obstétricale"
Masson Paris 1960

MERCIER R., LEVY J. et MELCHIOR J.
"Précis d'obstétrique"
2° éd. Masson Paris 1961

RHENTER J.
"La présentation du sommet"
Encyclopédie Médico-chirurgicale Obstétrique I934

RIBEMONT-DESSAIGNES, et LEPAGE
"Précis d'obstétrique"
Masson Paris 1896

STANDER H.J.
"Williams Obstetrics"
7° éd. D. Appleton Century company New-York 1936

VARNIER H.
"La pratique des accouchements Obstérique journalière"
Steinhell éd. 1900

T A B L E D E S M A T I E R E S

INTRODUCTION..... page 11

FREQUENCE..... page 12

ETIOLOGIE..... page 14

MECANISME..... page 17

CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

- Durée du travail..... page 20
- Déchirures du périnée..... page 23
- Forceps en occipito-sacrée..... page 28
- Episiotomie..... page 33

DIAGNOSTIC..... page 34

PRONOSTIC FOETAL..... page 36

CONCLUSION..... page 40

BIBLIOGRAPHIE..... page 44

Vu, le Président de Thèse :

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie de
CAEN